SEÑORA SECRETARIA.- Está abierto el acto.

(Es la hora 17 y 14 minutos)

Corresponde designar Presidente ad-hoc.

SEÑORA XAVIER.- Propongo a la señora Senadora Percovich.

SEÑORA PRESIDENTE (ad-hoc).- Vamos a asumir formalmente el comienzo de la sesión de la Comisión de Salud Pública.

Teníamos previsto para hoy una exposición sobre el cáncer colorrectal en el Uruguay y cómo disminuir la mortalidad por esa causa, a cargo del doctor Horacio Gutiérrez Galiana, del Hospital Italiano. Quiero aclarar que, dada la importancia de este tema, su presentación en *power point* va a ser incluida en la versión taquigráfica para que pueda ser leída por el resto de los integrantes de la Comisión que no están presentes.

SEÑOR GUTIÉRREZ.- Ante todo, quiero agradecer formalmente la oportunidad que me brindan de estar aquí para poder hablar de este tema, que creo tiene gran trascendencia e impacto en nuestra sociedad. Tal como adelantó la señora Senadora, me voy a referir al cáncer colorrectal y a cómo disminuir la mortalidad por esta enfermedad.

Como ustedes saben, el cáncer es la segunda causa de muerte en nuestra población, luego de las enfermedades cardiovasculares. A nivel mundial, en cuanto a la mortalidad por cáncer, nuestra sociedad tiene un triste privilegio: los hombres ocupan el quinto lugar, y las mujeres, el séptimo.

También quiero destacar el valor de la ley aprobada por el Senado en el año 1989, por la que se creó la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y su Departamento de Vigilancia Epidemiológica, que nos permite contar con cifras oficiales válidas para todo el país en cuanto a incidencia y mortalidad de cada tipo de cáncer. Este hecho nos diferencia y nos privilegia frente a otras naciones porque en Latinoamérica no hay cifras válidas de incidencia y mortalidad. Como podrán apreciar en el gráfico, simplemente existen cifras regionales en la Argentina y en Brasil -así como de otros lugares-, pero no válidas para todo el país, salvo Costa Rica, que es el único que cuenta con datos válidos para todo el país. De modo que el tener un criterio epidemiológico válido y confiable es muy importante para el Uruguay.

Si comparamos la incidencia del cáncer colorrectal, nos encontramos con que el Uruguay se compara solamente a los países del norte, ya que el resto de Latinoamérica tiene cifras muy inferiores a las nuestras.

En cuanto a la incidencia, o sea, el número de nuevos casos de cáncer que aparecen por año, debo decir que el cáncer colorrectal, tanto en hombres como en mujeres, ocupa el tercer lugar, lo que ronda en 33 y 25 cada 100.000 habitantes. Se trata de una incidencia muy alta pues, en el caso del hombre, es comparable a los países industrializados y, llamativamente, también en el de la mujer. Quiere decir, entonces, que, a diferencia de lo que a veces se plantea en forma equivocada, el cáncer colorrectal en el Uruguay tiene una alta incidencia en la mujer, y esto también es un problema para el género femenino.

Tal como puede observarse en estas cifras oficiales que les estoy mostrando -todas aportadas por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer-, en el período de un año hubo 1.437 casos de cáncer colorrectal en el hombre, lo que equivale al 10%, mientras que en las mujeres fue el 12% de los cánceres. Por tanto, según cifras oficiales de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la incidencia del cáncer colorrectal en el hombre es muy alta, pues la cifra alcanza a 33,52 cada 100.000 habitantes -representa el 10% de todos los tipos de cáncer en el hombre- y se dan 1.526 casos al año. Mientras tanto, en las mujeres ese porcentaje es de 25 cada 100.000 habitantes, habiéndose

registrado 1.623 casos en el año 2003. Quiere decir que hay más de 3.150 casos de cáncer de colon por año en nuestro país.

Me he referido a la incidencia, es decir, a los casos nuevos que aparecen. Ahora voy a hablar sobre la mortalidad, es decir, cuántas personas mueren por cáncer, según las cifras oficiales de mortalidad en todas las localizaciones y por departamentos. Se trata de cifras muy exactas y confiables de la Comisión Honoraria. En el presente gráfico se ve cómo la tendencia de la mortalidad debida a todos los cánceres va disminuyendo levemente, tanto en el hombre como en la mujer. Se puede observar que en dos quinquenios, la primera causa de muerte en el hombre es el cáncer de pulmón, seguido por el cáncer de próstata y, en tercer lugar, el cáncer colorrectal. En las mujeres, esta última enfermedad constituye la segunda causa de muerte, luego del cáncer de mama. Si comparamos los quinquenios, observamos que tanto en el hombre como en la mujer es el 10% de todas las causas de muerte por cáncer. Por lo tanto, repito que la mortalidad por cáncer de colon en el Uruguay ocupa el tercer lugar en el hombre -con una tasa de 18,74 cada 100.000 habitantes- y, en la mujer, el segundo lugar -con una tasa de mortalidad de 13,4 cada 100.000 habitantes-, luego del cáncer de mama.

Considerando la mortalidad en ambos sexos, el cáncer de colon y recto es la segunda causa de muerte en el conjunto de nuestra población, luego del cáncer de pulmón. Esto significa que mueren aproximadamente 900 uruguayos por año de cáncer colorrectal. Como se verá más adelante, el 90% de estas muertes podrían evitarse, con un adecuado programa de *screening* poblacional. Es por eso que este tema impacta tanto y esa es la razón por la que quise presentarlo de este modo a la Comisión.

A partir de los 50 años de edad, la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal aumenta. El espacio entre ambas curvas destaca los casos que se curan, que son alrededor del 60% de los cánceres de colon y recto, lo cual significa que muere el 40% de quienes lo padecen. La línea en rojo, que señala el cáncer de colon y recto, muestra que a medida que pasan las décadas no ha disminuido, a pesar de que sí lo han hecho el cáncer de estómago y el de esófago.

El concepto más importante de todos es que en el desarrollo del cáncer colorrectal hay una secuencia adenoma-cáncer. La gran mayoría de los cánceres de colon provienen de una lesión benigna denominada adenoma o pólipo adenomatoso, que demora más de diez años en transformarse. Este lapso nos proporciona un enorme período de tiempo para diagnosticarlo, extirparlo y así evitar esta enfermedad. El cáncer de colon y recto es diferente a los demás tipos de cáncer, para los que se hacen las grandes campañas de diagnóstico precoz. Me refiero a los cánceres de pulmón, de mama y de cuello de útero, que pueden diagnosticarse precozmente *in situ*, cuando todavía son chicos, aunque ya son cáncer.

El cáncer de colon detectado en la etapa de adenoma y hasta que se transforma en un cáncer focal, se cura en el 100% de los casos. Cuando pasamos a la etapa que se muestra marcada en rojo se puede curar hasta el 90% de los casos. Después el cáncer invasor sigue avanzando y la mortalidad es más alta. Dentro de la etiopatogenia del cáncer hay una vía más rápida, que es a través de una lesión deprimida, pero esta es menos frecuente y más discutida.

Como pueden ver los señores Senadores, para prevenir el cáncer colorrectal siempre hay medidas generales que se pueden tomar antes de que se forme el adenoma; me refiero a medidas de prevención primaria que sirven para muchas patologías, como una dieta adecuada, realizar ejercicio, llevar una vida sana y hacer una quimioprofilaxis.

La prevención secundaria se da en la etapa del diagnóstico de esa lesión preneoplásica -que es el adenoma o el pólipo- y de su tratamiento, porque hay métodos que permiten resecar esos adenomas. También es posible el diagnóstico del cáncer precoz. Si uno diagnostica el cáncer de colon en su etapa precoz, limitado a la mucosa o a la submucosa, se cura en el cien por ciento de los casos. Esto demuestra que tenemos una gran ventana de curación del cáncer de colon.

Existen una infinidad de estudios y publicaciones -aquí mostramos algunas, como la del *New England Medical Journal* y la del *Scandinavian Journal of Gastroenterology*- que demuestran que el estudio del

colon -en este caso mediante la colonoscopía- más la polipectomía -es decir, la resección del adenoma- disminuyen la incidencia esperada de un cáncer colorrectal en una determinada población de un 76% a un 90% de los casos. Esto es muy importante. En un estudio multicéntrico muy grande que hicieron los americanos hace ya dos décadas, denominado *National Polip Study,* se vio que la incidencia disminuyó en un 76%. Como es lógico, si se reduce la incidencia, ocurre lo propio con la mortalidad; efectivamente, hay evidencia de que se reduce la mortalidad por cáncer colorrectal.

Por lo tanto, lo que denominamos polipectomía o resección endoscópica de un adenoma o de un pólipo benigno es el procedimiento que tendría mayor impacto para prevenir un cáncer. Solo se le podría aproximar la vacuna contra el papiloma virus utilizada para evitar el cáncer de cuello de útero, ya que podría tener un impacto similar a la polipectomía de un adenoma de colon que disminuye la incidencia en un 90%. Si a la polipectomía la asociamos con otras técnicas como la resección mucosa endoscópica -EMR- o la cirugía precoz de un cáncer en sus etapas iniciales, cuando no ha infiltrado toda la pared, se puede curar el 90% de los casos. En síntesis, el adenoma se cura en un 100% y, cuando ya hay un cáncer temprano, en un 90%.

Ahora bien, ¿cómo llegamos al método que denominamos polipectomía? ¿Cómo seleccionamos a los pacientes de una población general para poder sacarles esos pólipos que, en su mayoría, son asintomáticos? Cuando los pólipos dan síntomas o sangran, sin duda, se estudian, pero en la gran mayoría de los casos eso no sucede. Entonces, se hace la selección mediante el *screening* poblacional. El *screening* se podría traducir como el tamizado o el cribado de la población y se define como la búsqueda del cáncer colorrectal en una población asintomática -si la persona sangró, ya no entra dentro del *screening*, sino que se trata de un diagnóstico- que tenga un riesgo medio -el riesgo medio empieza a los 50 años- y no posea antecedentes personales ni familiares de historia de adenomas ni de cáncer. Acá radica el eje del asunto. ¿Por qué se investiga a la población sana? Ya vimos que hay una altísima incidencia y una alta mortalidad del cáncer de colon en nuestro país y que el riesgo de desarrollar un cáncer de esta naturaleza es alto. Por ejemplo, un niño que nace en el Uruguay tiene una chance del 5% o del 6% de tener un cáncer de colon en toda su vida, y ese es un concepto que es importante recalcar. Además, en nuestro país, el 40% de las personas que tienen cáncer de colon, se mueren. Debemos tener en cuenta que estamos frente a una patología que tiene un tiempo extenso -nunca menor a diez años- de fase preclínica para diagnosticar el adenoma, que es el precursor del cáncer. Este adenoma tiene una alta incidencia dentro de la población general ya que afecta, aproximadamente, al 25% o 30%, con una enfermedad preclínica asintomática y larga que nos permite tratarlo y así evitar el cáncer de colon.

Ahora bien, ¿por qué el *screening* de cáncer de colon y recto tiene baja adherencia, mucho menor a la de cáncer de mama, de cuello de útero y de próstata, a pesar de tener una buena relación costo-beneficio? Porque no es recomendado por el médico tratante. No se ha desarrollado una cultura en ese sentido y es un tema que la gente no tiene totalmente claro. Por ejemplo, si observamos esta Sala, veremos que hay poca gente mayor de cincuenta años; entonces, les pregunto ¿quién se ha hecho el *screening* de cáncer de colon? Yo soy el único. Sin embargo, obsérvese que en Estados Unidos el 50% de todos los juicios relacionados a gastroenterología tienen que ver con el diagnóstico tardío de cáncer de colon debido a que el médico tratante no realizó un *screening*. Quiere decir que aquel que tiene un cáncer de colon demanda a su médico por no haberle realizado el *screening* diez años antes de contraer la enfermedad, por haberle realizado una investigación de sangre oculta sin hacerle luego una colonoscopía, o por no haber estudiado a un paciente joven que sangra por el intestino siendo que hay un 7% de cáncer de colon en menores de 50 años.

Es por esa razón que ustedes, señores Senadores, que son Gobierno, las sociedades científicas, los gastroenterólogos y los endoscopistas digestivos debemos ser abanderados en este tema; tenemos que ser los primeros en realizarnos el *screening* y, además, debemos educar a la población e, inclusive, sensibilizar a los colegas de otras disciplinas en este tema. Lo digo porque estamos hablando de algo que no es poca cosa y que puede tener un gran impacto en la salud pública. En Uruguay se mueren 900 personas por año de cáncer colorrectal, cuando con un buen programa de *screening* poblacional, bien conducido, podríamos estar salvando la vida de 800, es decir, del 90%.

¿Cómo se hace el *screening* poblacional? Hay ciertas guías -aclaro que no estoy inventando nada, sino repitiendo temas que por el impacto que tienen, están muy estudiados en el mundo- que muestran dos grandes líneas. La primera, que es la que promueven varias sociedades americanas de cáncer

colorrectal, es la de brindar un menú de opciones: investigación de sangre oculta, rectosigmoidoscopía, placas, colonoscopías, etcétera. La segunda línea señala que lo mejor es realizar sólo la colonoscopía, que es el estudio por el recto de todo el colon, porque esto permite el diagnóstico y, en el mismo procedimiento, el tratamiento del pólipo; es decir que si hay un pólipo, se reseca.

Entonces, dentro del menú de opciones, la colonoscopía es el método preferido, pero tiene mala fama por ser un método invasivo, por requerir preparación, por el hecho de que hay que sedar, etcétera. Ahora bien: este estudio se realiza una vez cada diez años y brinda todas las garantías, mientras que los otros tienen menor sensibilidad y especificidad, no brindan la misma seguridad, hay que realizarlos todos los años y, si se encuentra algo, debe hacerse la colonoscopía para sacar el pólipo. Por eso algunos optan directamente por la colonoscopía.

En la lámina que observamos a continuación se muestra todo el menú de opciones: rectosigmoidoscopía, colon por enema, colonoscopía virtual -que es un método nuevo que ya existe en el Uruguay-, búsqueda de mutaciones en las heces, como el DNA fecal, o la cápsula de colon, que es un procedimiento no invasivo que todavía no ha llegado a nuestro país y está en su desarrollo inicial.

Por otra parte, considero que el método de *screening* debe ser aceptado, estar disponible, tener un bajo costo, y lo ideal sería que ofreciera opciones terapéuticas como la de sacar un adenoma en caso de encontrarlo. Pero hay que tener presente el concepto de que cualquier método es mejor que ninguno; incluso, es válido hasta el tacto rectal, que es el más barato y al que todos pueden acceder.

En el Uruguay se ha optado por la combinación de test de sangre oculta en materias fecales y colonoscopía; es decir, si el primero da positivo, se combina con la colonoscopía que, sin duda, es el estudio preferido, pero que tiene los inconvenientes a los que ya me he referido.

La colonoscopía de *screening* es la que va dirigida a la población mayor de 50 años, asintomática y sin antecedentes de adenoma y cáncer. En el Uruguay, si bien desde hace tiempo se está trabajando muy bien en este tema, se debe trabajar mucho mejor. Según la fuente del Instituto Nacional de Estadística -de donde provienen los datos que ya conocen-, en nuestro país tenemos una población de 853.784 personas mayores de 50 años, a quienes iría dirigido el programa de *screenig*, por el riesgo del cáncer de colon.

Este es el gran fundamento de este programa que ya se ha puesto en práctica en el Uruguay, pero que hay que seguir difundiendo y en el que se debe continuar insistiendo. El cáncer de colon y de recto se puede prevenir; la detección precoz reduce la mortalidad por cáncer de recto. Todas las personas de entre 50 y 70 años deberían someterse a un test de *screening*. También hay que tener presente que hay individuos con riesgo elevado de padecer esta enfermedad -ya sea que tengan o no antecedentes personales- y con los que se debe tener otro encare.

En el Uruguay, el Centro de Oncología dirige el Programa de Cáncer Digestivo, y en él están involucrados el Ministerio de Salud Pública, la Unidad de Programas Médicos y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer que, junto con el Gobierno del Japón, hicieron un convenio a través de la *Tokio Medical and Dental University* y la JICA, que es la *Japan International Cooperation Agency*. A través de una donación al Gobierno del Uruguay, se creó el Centro de Cáncer Digestivo. Todos los instrumentos que están viendo en este momento en la diapositiva fueron donados por el Gobierno de Japón: endoscopios, colonoscopios para hacer la colonoscopía de *screening,* lectores automáticos de Fecatest -por medio de los cuales se realiza la investigación de sangre oculta en materias fecales, con un método inmunológico muy moderno- y un laboratorio de anatomía patológica. Se realizó un plan piloto en 1996 con 1.000 pacientes y se puso en marcha la Campaña Nacional de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto en el Uruguay. Desde junio de 2007 ya hay 60 puestos de captación en todo el país, totalmente gratis y para toda la población. Estos puestos son de captación de sangre oculta y está previsto que aquellas personas a quienes el examen les dé positivo, se sometan a una colonoscopía.

El test de sangre oculta se hace mediante un método inmunológico que tiene una relativa buena sensibilidad y especificidad. En el tubito se ponen las heces que se envían al laboratorio, y se puede

detectar la presencia de sangre -se trata de un método cualitativo y cuantitativo- con un aparato que puede realizar hasta 100 tests por hora; realmente es fantástico: es como para hacer un *screening* masivo. De esta forma se sabe si hay restos de hemoglobina en las heces.

Ya se han publicado algunos resultados obtenidos por el doctor Fenocchi, que es quien dirige ese estudio junto a colaboradores del Centro de Oncología. Si bien no voy a entrar en detalles, quiero decirles que se han hecho más de 20.000 Fecatests a personas asintomáticas que viven en el Uruguay, mayores de 50 años. Aproximadamente, el 12% dio positivo, y de ese porcentaje aceptó hacerse la colonoscopía el 74%. En cuanto a las colonoscopías que se hicieron, el 72% presentó lesiones, de las cuales el 46% eran de tipo neoplásico, es decir, adenoma o cáncer precoz o avanzado.

Se detectaron, en total, 149 cánceres, de los cuales el 59% estaba en estado avanzado y un 40% en estado precoz; el 75% se trató por vía endoscópica y el 25% con tratamiento quirúrgico. Aquí aparecen los resultados de ese trabajo, comparado con otras publicaciones internacionales. Podría adelantar que de cada cien tests de investigación de sangre oculta utilizando el método inmunológico en heces, el 2% dio positivo; se realizaron diez colonoscopías y el promedio fue de un cáncer y tres adenomas.

Como conclusión, debo destacar los elevados niveles de aceptación a esta Campaña de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto que se hace en el Uruguay. El uruguayo, luego de que se le explica y comprende, acepta realizarse los exámenes. A diferencia de otros países de América Latina, este es un país que puede ser modelo o prototipo por su aceptación a este tipo de test. El Uruguay tiene un buen nivel cultural, su tamaño es relativamente pequeño, tiene poca población, buenos medios de comunicación y, sobre todo, cifras oficiales válidas para todo el país y confiables, brindadas por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Se ha visto que la alta detección de cáncer y de adenomas avanzados en nuestro país demuestra la factibilidad de éxito de un programa de *screening* de cáncer colorrectal en el Uruguay. Sin embargo, esto tendría que ser más masivo porque, por ejemplo, quisiera saber cuántos de ustedes sabían que en el Uruguay existe un programa como éste. La verdad es que esto no es de conocimiento público y la gente no sabe que existe. Cuando uno viaja por el mundo, prende la televisión y ve que hay programas de educación sobre el cáncer de colon. Esto está marchando muy bien, pero es algo reducido, que no ha tenido mucha difusión en la población. Por eso la incorporación paulatina de nuevos centros de captación de pacientes y el convencimiento de las autoridades, de los médicos y de la comunidad sobre la importancia de las tareas de prevención y detección precoz de esta enfermedad, seguramente permitirán disminuir aún más la incidencia y la mortalidad del cáncer en nuestro país.

Quisiera mostrarles algunas de las cosas que se hacen para difundir todo lo relativo a este tema. Lo primero que hay que hacer es difundir y enseñar, y aunque esto ya se hace en nuestro país -por medio de panfletos y campañas de educación a la población en las que se brinda información-, en otros lugares como, por ejemplo, en Estados Unidos, se ponen en práctica campañas muy agresivas sobre el tema. Es así que se establece el “Mes del Cáncer de Colon”, o se incorporan programas intensivos con noticias en la radio, en la prensa, en Internet, en la televisión, etcétera. Quiero recomendar a los señores Senadores que accedan a una página de Internet, www.screenforcoloncancer.org, para que puedan ver cómo se maneja esto en lo que tiene que ver con la difusión. También hay otra página de Internet en la que se informa sobre la forma más sencilla de prevenir el cáncer colorrectal, haciéndose una colonoscopía de “screening”. Cabe destacar que con un *screening* apropiado, nueve de cada diez cánceres colorrectales pueden prevenirse.

Quiero decir humildemente que no he venido a hacer propuestas a los señores Senadores sino a intentar motivarlos, sensibilizarlos y obtener su apoyo para que se sepa que este tipo de cáncer es el segundo en frecuencia y que se puede prevenir en un 90%.

Esto es fantástico: podemos salvarle la vida al 90% de las personas con cáncer de colon que se mueren por año. Pero a esto hay que apoyarlo; en algunos países hay iniciativas por las cuales todos los procedimientos de prevención del cáncer colorrectal son cubiertos por el Gobierno, porque es mucho más barato prevenir que después tratar, nada más que por un tema de relación costo-beneficio. Tratar un cáncer de colon avanzado, con todo lo que implica -cirugía, internación, CTI, dejar de trabajar

el paciente, cuidados posteriores de sus bolsas de colostomía, gastos de colostomía, etcétera- es muy caro.

Por lo tanto, creo que debería elaborarse, en este país, un proyecto de ley que encarara seriamente este tema, quizás mejor de lo que se está haciendo. A su vez, pienso que se debería intensificar la difusión del tema en la población en general. A lo mejor, como propuesta, se podría hacer obligatorio para el carné de salud de mayores de 50 años, una búsqueda de sangre oculta; esto lo hace gratuitamente el Instituto Nacional de Oncología para todo el país porque todo esto lo dona Japón. De todos modos, es un procedimiento muy barato -vale uno o dos dólares- en los laboratorios para quien se lo quiera hacer en forma particular. Vale señalar que no es tan sensible y específico como la colonoscopía, pero es un modo de seleccionar a quien, precisamente, tiene sangre oculta para hacérsele luego este estudio.

La otra gran propuesta es que los gastos de la colonoscopía de *screening* y de las polipectomías puedan ser financiados por el Gobierno. Creo que estas serían medidas que podrían tener un verdadero impacto para disminuir la incidencia y la mortalidad de esta patología.

Muchas gracias y estoy a su disposición para alguna pregunta que deseen efectuar.

SEÑOR VAILLANT.- Me quiero referir a la última parte de la intervención del doctor Gutiérrez -que, además, me adelanto a reconocer y agradecer-, en cuanto y tanto la posibilidad de que el Gobierno, el Estado, se haga cargo de los costos, no significaría, en el fondo, un aumento del gasto sino una inversión con un retorno importantísimo. Aquí nos estamos refiriendo a comparar los costos de hacer estos estudios con los que tiene la sociedad por no llevarlos a cabo.

La pregunta apunta a si, en el marco de la nueva normativa por la existencia del Sistema Nacional Integrado de Salud -porque he interpretado que los costos por paciente no son muy importantes-, no parece más lógico que esto sea incorporado como una obligación de las instituciones prestadoras de servicios. Naturalmente, incluye al 100% de la población porque, por un lado, está ASSE como prestador y, por otro, todo el sistema mutual amparado por el FONASA. Entonces, de la misma manera que se identifican otras prestaciones que son obligatorias para poder participar como instituciones prestadoras en el Sistema Nacional de Salud, podría incorporarse esta como una de ellas.

SEÑOR GUTIÉRREZ.- A eso apuntamos, señor Senador, pero alguien lo tiene que decidir.

En relación a los costos, las cosas no son tan así. La colonoscopía no es un examen de bajo precio; hay aranceles aceptados y tiene un costo elevado. En cambio, los métodos de investigación de sangre oculta sí son de muy bajo costo. Evidentemente, hay un tema de practicidad. Si uno quiere elegir la colonoscopía como método de “screening”, debe tener en cuenta que hay un número limitado de 80 profesionales que realizan ese estudio en el país frente a una población de 850.000 personas. Es prácticamente imposible que 80 personas atiendan a 850.000. Por supuesto que no tienen por qué todos hacerse el estudio en un año, sino que pueden realizarlo a partir de los 50 años de edad hasta los 70.

Ahora bien, como método de *screening* personal, si alguien viene a mi consultorio y quiere estar seguro de que no tiene un cáncer colorrectal, debe hacerse una colonoscopía. Sin embargo, como estudio masivo de la población, es bueno hacer un tamizaje con un estudio barato, práctico y no invasivo, como la investigación de sangre oculta, para posteriormente realizar la colonoscopia. Como dije, este estudio tiene su costo y por eso las instituciones mutuales se resistirían un poco a un estudio masivo de “screening” por colonoscopia, salvo que fuera cubierto por el Gobierno, como ocurre en otros países. Por ejemplo, en el Parlamento argentino se está considerando este tema en la actualidad, se está tratando a nivel de Gobierno la posibilidad de incorporar un financiamiento oficial del “screening” de cáncer colorrectal.

SEÑORA PRESIDENTE (ad-hoc).- Agradecemos muchísimo al doctor Gutiérrez la cantidad de datos muy importantes que ha volcado aquí y quisiéramos preguntarle si es posible que deje a nuestra Secretaría una copia del archivo del *power point* que acaba de presentar. Más allá de contar con la

versión taquigráfica, sería interesante que puedan verlo los miembros de la Comisión que no pudieron estar presentes en la tarde de hoy.

SEÑOR GUTIÉRREZ.- Con mucho gusto.

SEÑORA PRESIDENTE (ad-hoc).- No habiendo más asuntos a considerar, se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 17 y 52 minutos)

Cancer colorectal en Uruguay. Como disminuir la mortalidad. Presentación Dr.Horacio Gutiérrez Galiana.